

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



DÉCLARATION DE MALADIE

N° W21-809039

16/9/23

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 9182	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : BEN BOUJA MAGIKA			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	/ /
Nom et prénom du malade :	Age:
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.	
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.	
Fait à :	Le :
Signature de l'adhérent(e) : I. BOUZAACHA	

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-809039
Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
					Coefficient des travaux Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin d'exécution	
		D 25533412 00000000 00000000 35533411	H 21433552 00000000 00000000 11433553		
<small>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</small>					
Visa et cachet du praticien attestant le devis			Visa et cachet du praticien attestant l'exécution		

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 14 / 0027817		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 02182	Signature de Benbouata
Nom & Prénom : BENBOUTA Malika		Fonction : Retraitee	
Mail : malika.slaoui@yahoo.com		Phones : _____	
MEDECIN	Prénom du patient	BENBOUTA Malika	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age : _____
Nature de la maladie : Infection a la gencive et a la dent			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances : _____			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
- CS		100 dh	
PHARMACIE	Date : 22-06-2023		
Montant de la facture : 374,80			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date : _____			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX Date : _____			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			

Dr. Eddine Joulali
 Médecin Généraliste Agréé Pr La Visite
 Médicale du Parc de Conduira
 Salmia 2, Av Jourdat Imm 95, N°01 - Casablanca
 Tel: 05 22 599 006 - GSM: 06 34 44 20 54

PHARMACIE BELOUCH
 Rue 1 N°10 Salmia II Sbata
 Casablanca
 Tél: 05 22 38 36 84

Dr. Jamal Eddine JOULALI

Médecine générale

**Médecin agréé pour la visite médicale
du permis de conduire**

Ancien médecin en traumatologie orthopédie

Hôpital Mohammed VI Hôpital Marrakech

Ancien médecin interne aux urgences

Hôpital ben M'sik Casablanca

ECG - Echographie - O₂

Casablanca, le : 22/06/2023

866 9879 mslks

الدكتور جمال الدين جولالي

طب عام

معتمد من طرف وزارة الصحة لتسليم

شواهد طبية لرخصة السياقة

طبيب مقيم سابق بمصلحة العظام والمفاصل

مستشفى محمد السادس مراكش

طبيب داخل سابق مستعجلات

مستشفى ابن مسيك الدار البيضاء

تخطيط القلب - الفحص بالصدى - الأوكسجين

PHARMACIE BELLOUCH

Rue 1 N°116 Salmia II Sbata

Casablanca

Tél: 05 22 38 36 84

74,80

1) 500ml 1099

100,80 949,- en 73

41 - 699,- en 5.

52,80 949,- 749

4) 969 782,- 73

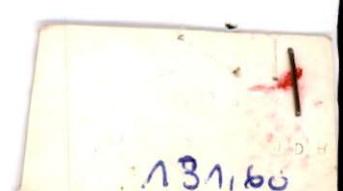
40,40 949,- 73

4) 969 782,- 73

139,00 949,- 73

1) 1. flacon 25,-

44,- en 69



LOT: 222023
EXP: 01/25
PPV: 109DH20

PPV: 52DH80
PER: 03/25
LOT: L3553-2

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V.: 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

Lot: 4 2 1 7 A
EXP: 0 9 . 2 0 2 6
3 2 . 0 0 D H S
PPV: 32,00

**سامية 2 شارع الجولان، إقامة 95 رقم 01 (بين محطة الوقود بتروم وبريد بنك) - الدار البيضاء
Salmia 2, Av Joulane Imm 95, N°01 (Entre Station Petrom et Barid Bank) - Casablanca - Tél.: 05 22 599 006 - Gsm : 06 84 44 20 64**

EFFIPRED® 20 mg

PFU 400H00
EXP 06/2025
LOT 22012 6

LOT: 220370
PER: 04-2025
PPV: 25,00DH

Dr. Jamal Eddine JOULALI
Médecin Généraliste Agréé Pr La Visite
Médicale du Permis de Conduire
Salmia 2, Av Jouline Imm.95, N°01 . Casablanca
Tél: 05 22 599 006 - Gsm : 06 84 44 20 64

PHARMACIE BELLOUCH
Rue 1 N°116 Salmia II Sbata
Casablanca
Tél: 05 22 38 36 84